



Teabeleht tervishoiutöötajatele

GENCAD

**Soolised erinevused südameveresoonkonnahaiguste
esinemisel Euroopas**



Klassikalised riskiteguritegurid naistel ja meestel

- Südame isheemiatõbi areneb naistel võrreldes meestega seitse kuni kümme aastat hiljem.⁷⁻¹⁰ Üldiselt puudutab see rohkem naisi, kuna nad elavad kauem ja haigus areneb vanemas eas.¹
- Hüpertoonia tekib sagedamini alla 50-aastastel meestel ja üle 50-aastastel naistel. Kõrge vererõhk põhjustab naistel rohkem insulti ja südamepuudulikkust kui meestel.^{2,3}
- Diabeet suurendab südame-veresoonkonna haiguste riski rohkem naistel kui meestel.^{4,5} Diabeediga ja kaasuvate riskiteguritega naised on kõrge riskiga patsiendid ja vajavad pidevat jälgimist ja ravi.⁶
- Düslipideemia on võrdne riskitegur nii meestel, kui naistel. Seetõttu peaks kasutama lipiidide sisaldust vähendavat ravi nii naistel, kui meestel.¹
- Suitsetamine on suhteliselt suurem riskitegur noorematel naistel võrreldes meestega ja suitsetajate arv on naiste hulgas vähenenud vähem kui meeste hulgas.⁷

- Vanus
- Hüpertoonia
- Diabeet
- Suitsetamine



Mitteklassikalised riskitegurid naistel ja meestel

- Madal sotsiaalmajanduslik seisund aitab kaasa sooliste erinevuste südame-veresoonkonna tervises.^{8,9}
- Depressiooni ja vaimse pinget all kannatavad rohkem naised kui mehed ja see on seetõttu suuremaks riskiteguriks naistele.^{10,11}
- Autoimmuunhaigused tekivad sagedamini naistel ja on tavaliselt seotud südame-veresoonkonna haigustega.¹²
- Üha enam tunnistatakse naistel preeklampsiat kui riskiteguri.¹³ Preeklampsiaga naistel on kaks korda suurem oht südameveresoonkonna haiguste tekkimiseks vanemas eas.¹⁴⁻¹⁷
- Geneetilistel teguritel on oluline roll meeste ja naiste varajases südamehaigustesse haigestumises.¹⁸
- Erektiilne düsfunktsioon on seotud üldiselt ainevahetuse ja südame-veresoonkonna haiguste riskiga meestel.¹⁹
- Menopaus, polütsüstiliste munasarjade sündroom, andropaus ja hüpogonadism on seotud suurenenud südame-eresoonkonna haiguste riskiga nii meestel kui naistel.^{2,13, 19, 20, 21}

- Sotsiaalmajanduslik seisund
- Vaimne pinget
- Autoimmuunhaigused
- Preeklampsia
- Suguhormoonid



Soospetsiifilised haiguse mehhanismid

- Meestel on pärgarterite ateroskleroos peamiseks haiguse mehhanismiks, mis viib müokardi isheemia ja infarktini.²²
- Keskelistel naistel esineb sageli stenokardiat ja müokardi isheemiat kahjustamata pärgarterite korral. See on südame isheemiatõbi.²³⁻²⁵
- Suure ja väikese vereringe soonte funktsionaalsed häired ning spasmid või müokardi suurenenud hapnikuvajadus võib põhjustada südame isheemiatõbe, mis esineb rohkem naistel.^{23,25,26}

- Pärgarterite ateroskleroos
- Südame isheemiatõbi
- Mitteobstruktiivne funktsionaalne koronaarhaigus
- Stressist tingitud südamehaigus, spasmid ja reben did
- Südamehaigus rasedusvõi sünnitusperioodil

- Stressist tingitud südamehaigus, pärgarteri spasmid ja spontaansed pärgarteri dissektsioonid (pikisuunalised rebendid) põhjustavad suhteliselt rohkem ägedat koronaarsündroomi naistel võrreldes meestega²⁷⁻³⁰.
- Naistel võib esineda rasedus- või sünnitusperioodil preeklampsia, kardiomüopaatia ja pärgarteri dissektsiooni sümptomeid.^{29,31}

Sugu ja haiguste ennetus

- Naised alahindavad oma südame-veresoonkonna haiguste riski ja on ennetavatele meetmetele vähem avatud kui mehed.²¹ Võrreldes meestega saavutatakse teiseseid ennetustöö eesmärke naiste puhul harvemini.³²⁻³⁴
- Kehaline treening on naistele tugevaks haiguste kaitseteguriks, aga naised treenivad vähem kui mehed.^{5,35}
- Suitsetamisest loobumine on naistel palju raskem kui meestel.⁷
- Tervislik toitumine on tugev ja alahinnatud kaitsetegur nii naistel kui meestel.^{5,21} Mehed toituvad tavaliselt vähem tervislikult kui naised.³⁶
- Hormoonravi ja selektiivseid östrogeeni retseptorite modulaatoreid (SERM-e) ei tohiks kasutada südameveresoonkonna haiguste esimeses või teiseses ennetustöös.²¹
- Müokardi infarkti vältimiseks ei ole soovitatav rutiinne aspiriini tarvitamine tervete ja alla 65-aastaste naiste poolt.³⁷ Samas on esimeses ennetustöös aspiriini kasulik meestele müokardi infarkti ennetusmeetmena.^{21,38}

- Teadlikkus
- Kehaline treening
- Suitsetamisest loobumine
- Tervislik toitumine
- Hormoonravi ja SERM
- Aspiriin



Sugu, kliiniline manifestatsioon ja diagnostika

- Müokardi isheemiaga ja infarktiga naistel võib esineda rohkem sümptomeid kui meestel.²⁹
- EKG on tavaliselt müokardi isheemia indikaatoriks. Samas esineb naistel meestest palju sagedamini EKGs muutusi, mis võivad olla põhjustatud muudest teguritest, mitte müokardi isheemiast.^{39,40}
- Naistel on suhteliselt madalam koormustaluvus kui meestel ja koormus-EKG on südame isheemiatõvele vähem tundlik.^{39,40}
- Kõrge tundlikkusega troponiinide ja soospetsiifiliste piirväärtuste kasutamine parandab müokardiinfarkti diagnoosimist naistel.⁴¹⁻⁴³
- Koronaarangiograafiat ei tohiks kasutada müokardi isheemia esimese diagnoosimise testina noortel ja keskealistel naistel, kellel on mõned teised riskitegurid südame isheemiatõve osas.⁴⁴ Euroopa Kardioloogide Selts (ECS) soovib nende patsientide puhul kasutada kaasaegset pildidiagnostikat.^{39,40}
- Nooremate müokardi isheemia kahtlusega naiste puhul tuleks eelistada ioniseeriva kiirguseta pildidiagnostilisi vahendeid.^{39,40,45,46}

- Soospetsiifilised sümptomid
- Mitte spetsiifilised ECG muutused naistel
- Naistel madalam koormustaluvus
- Koronaarangiograafia ei tohiks olla müokardi isheemia esimeseks testiks madala riskiga naistel
- Pildidiagnostika ja ioniseeriva kiirguseta diagnostika südame isheemiatõve kahtlusega noorte naiste



Sugu, haiguskulu jälgimine ja ravitulemused

- Naised, eriti müokardiinfarkti kahtlusega vanemad naised, tulevad haiglasse EMO-sse hiljem kui mehed.²⁹
- Müokardiinfarkti järgset rehabilitatsiooni ei kasuta naised ja mehed võrdselt.⁴⁷
- Naiste ja meeste südame isheemiatõve ravi peaks läbi viima vastavalt käesolevale juhisele. Naistel annab aorto-koronaarne šunteerimine ja perkutaanne koronaarinterventsioon sama häid tulemusi kui meestel.³⁹
- Naistel on on peale müokardi isheemia koronaarinterventsiooni rohkem komplikatsioone ja rinnavalusid.^{48,49}
- Plaanilise pärgarteri šunteerimise järgselt on naiste suremus suurem ja elukvaliteet madalam.^{10,50-52}

- *Kardiaalse rehabilitatsiooni ebavõrdne kättesaadavus*
- *Südame-veresoonkonnahaiguste korral järgida naiste ja meeste ravis ESC juhiseid*
- *Koronaarinterventsiooni ja aortokoronaarse šunteerimise järgses patsientide seisundis soolised erinevused*
- *Naistel on koronaarinterventsiooni järel madalam elukvaliteet ja rohkem komplikatsioone*



Kokkuvõte

- ***Südame-veresoonkonnahaiguste ennetus, kliiniline manifestatsioon ja ravitulemused erinevad Euroopa naiste ja meeste ning vanuse lõikes märkimisväärselt.***
- ***Südame-veresoonkonnahaiguse riskiga naiste ja meeste terviseseisundi jälgimisel, haiguse ennetustöös, diagnostikas ja ravis tuleb silmas pidada soorinevusi.***
- ***Naiste ja meeste südame-veresoonkonnahaiguse riskitegureid tuleb võtta tõsiselt. Hormonaalne düsfunktsioon ja vale elustiil suurendavad nii naiste kui meeste haigusrisiki.***
- ***Valige naiste ja meeste südame-veresoonkonnahaiguste diagnoosimisel sobiv ja riskile vastav mitteinvasiivne ning invasiivne uuringumeetod.***
- ***Valige naiste ja meeste südame-veresoonkonnahaiguste jälgimisel sobiv ja riskile vastav farmakoloogiline ning invasiivne ravi.***

© Euroopa Liit, 2017

GenCAD projekti partnerid: Institute of Gender in Medicine, Berlin School of Public Health, Andalusian School of Public Health, European Public Health Association, Institute of Health and Wellbeing, Radboud University Medical Centre, European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.

Pilootprojektid on algatus, mille eesmärgiks on testida mõne tegevuse ja meetme teostatavust ja selle kasulikust ning see algatus võimaldab ühe pilootprojekti teostamist ja rahastamist ELi eelarvest rohkem kui kahe järjestikuse eelarveaasta jooksul.

ELi autoriõiguse alla mittekuuluvate tekstide ja fotode kasutamiseks või reprodutseerimiseks tuleb taotleda luba otse autoriõiguse valdajatel: Shutterstock.de, iStock.de.

Käesolevas väljaandes esitatud teave ja seisukohad on autorite (GenCADi konsortsiumi) andmed ja need ei peegelda tingimata Euroopa Komisjoni ametlikku arvamust. Komisjon ei taga käesolevas väljaandes sisalduva teabe õigsust. Ei komisjoni ega komisjoni nimel tegutsevaid isikuid ei saa pidada vastutavaks selles sisalduva teabe kasutamise eest.

Tervise- ja toiduohutuse peadirektooraat on seda dokumenti üle vaadanud.